Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

George Hofer,
approb. Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Halle a. d. S. 1921
Buchdruckerei des Waisenhauses

Über Behandlungsmethoden der Enteroptose.

Mit Enteroptose bezeichnet man im allgemeinen ein Krankheitsbild, das in einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Senkung der Baucheingeweide besteht, die vielfach die Ursache großer Beschwerden dyspeptischer und neurasthenischer Art bildet. Bisweilen nehmen auch Uterus, Blase und Rectum an der allgemeinen Senkung der Eingeweide teil. Nicht immer ist das Bild so vollständig. Man findet vielmehr Beschränkung des Prozesses auf ein einzelnes Organ oder die verschiedensten Kombinationen.

Obwohl Lageanomalien schon vor Glénard bekannt waren, so gebührt ihm doch das große Verdienst, als erster eine eingehende klinische Beschreibung der Enteroptose gegeben und auf das häufige Vorkommen und die große Bedeutung dieses Leidens hingewiesen zu haben.

Nach Glénards Publikationen ist die Enteroptose der Gegenstand vieler Abhandlungen geworden, in denen hauptsächlich auf die Frage der Pathogenese eingegangen wurde. Es bestehen die verschiedenartigsten Auffassungen und Ansichten über die Pathogenese der Enteroptose. Verfasser gibt dann kurz die für das Entstehen der Eingeweidesenkung geäußerten Ursachen an: Häufige Geburten, Entfernung von Abdominaltumoren, Ascitespunktionen, Schwund des Fettpolsters, Veränderung des intraabdominalen Druckes, Erschlaffung und Elastizitätsverlust der Bauchdecken und des Beckenbindegewebes, Überdehnung der Aufhängebänder, Organbelastung, schädigende Einflüsse der Kleidung, allzuschwere körperliche Anstrengungen und angeborene Anlage. Stiller bezeichnet die Enteroptose als eine angeborene konstitutionelle Anomalie, die auf allgemeiner Schwäche und Schlaffheit des gesamten Organismus beruht. (Asthenia universalis congenita). Payr hat sich dahin ausgesprochen, daß es sowohl angeborene als auch erworbene Enteroptosen gibt; erstere ausgehend von gestaltlichen entwicklungsgeschichtlich bedingten Abweichungen von der Norm, als Folge stammesgeschichtlicher Variationen und Rückschläge und als Ausdruck einer krankhaften Gewebsminderwertigkeit, letztere hervorgerufen durch Ursachen wie z. B. häufige Geburten, Organbelastung, schädigende Einflüsse der Kleidung u. a.

Verfasser beschreibt dann die objektiven und subjektiven Symptome.

Zur Behandlung der Enteroptose sind die verschiedenartigsten therapeutischen Maßnahmen mit mehr oder weniger

Erfolg angewendet worden. Man hat versucht, durch Bandagenbehandlung, physikalische Therapie und operative Eingriffe den Entroptotikern Linderung und Hilfe zu bringen.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt bei der Behandlung der Enteroptose die Prophylaxe.

Bei der Bandagenbehandlung kommt es hauptsächlich darauf an, daß die Binden gut sitzen. In Fällen mit typischem Hängebauch hat man durch gut sitzende Binden vielfach günstige Resultate erzielt, während bei Individuen mit straffen Bauchdecken die Binden oft nichts nützen.

Bei der physikalischen Therapie hat man in der Massage, Elektrizität und hydrotherapeutischen Prozeduren wertvolle Mittel.

In vielen Fällen hat die Einleitung einer Mastkur günstige Resultate erzielt.

Verfasser erwähnt kurz einen Vorschlag Günzburgs, durch Eingabe kleiner Dosen Preßhefe dauernd einen leichten Meteorismus intestinalis zu erzeugen, welcher in ähnlicher Weise wirken soll wie die Fettablagerung.

Bezüglich der medikamentösen Therapie werden lediglich die Medikamente angewandt, die zur Behandlung der subjektiven Beschwerden dienen.

Verfasser beschreibt dann die operativen Verfahren, die bei der Enteroptose angewandt oder vorgeschlagen sind. Die meisten dienen zur Beseitigung der Ptosen einzelner Organe. Mehrere Chirurgen haben Operationen an der vorderen Bauchwand vorgenommen, um eine Verkleinerung des Volumens der Bauchhöhle und somit eine günstige Einwirkung auf die Enteroptose zu erreichen.

Bei Gastroptose sind angewandt: Gastropexie nach Duret und Rovsing, Methode von Bier, Coffey, Bagenstecher, Schlesinger, Moro, Bircher, v. Rothe und Perthes. Auch in Fällen von Gastrokoloptose, in denen die Darmsenkung durch die Magensenkung bedingt war, ist durch Gastropexie günstiges Resultat erzielt worden.

Bei isolierter Darmsenkung hat Bier das Mesocolon gerafft; Payr beseitigt das gesenkte Colon transversum, indem er es im ganzen Verlauf an die große Kurvatur des Magens annäht. Clark empfiehlt bei tiefer Senkung des Quercolons Resektion der herabhängenden Schlinge. Nach Rovsing ist die Operation am vorteilhaftesten, die in einer Verkürzung des großen Netzes und des Mesocolons durch Raffung besteht. Luther berichtet über Anheftung des Mesosigmoids an die vordere Bauchwand. Smoler hat in einem Falle von starker Senkung des Colon transversum durch Raffung des Lig. gastrocolicum und Fixation des Colon transversum am

Lig. teres und der vorderen Fläche des Magens gutes Resultat erzielt.

Zur Behandlung der Lebersenkung sind Hepatopexien nach Billroth und Poppert ausgeführt. Depages Verfahren besteht in einer ergiebigen Resektion der Bauchhaut; zur Reposition und Festlagerung der Leber wird die Kürzung des Lig. teres hepatis ausgeführt. Péan bildete für die Leber eine Art Suspensorium, indem er unterhalb von ihr vorderes und hinteres Parietalperitoneum zusammennähte. Rovsing hat die Hepatopexie ausgeführt teils direkt durch rechtwinklig verlaufende Seidennähte, teils indirekt unter Benutzung des Lig. teres; dieses wird nach doppelter Unterbindung durchschnitten und sein oberes Ende mit starker Seide an das Zwerchfell genäht. Schlösmann beschreibt ein neues Verfahren unter Anwendung des Lig. teres hepatis.

Bei Splenoptose wurde anfangs die Splenectomie ausgeführt. Rydygier wandte zuerst die Splenopexie an, indem er das Peritoneum in Form einer nach oben offenen Tasche stumpf ablöst und in dieser die Milz fixiert. Bardenheuer fixiert die Milz extraperitoneal unter dem Rippenbogen. Franke kombiniert das Verfahren von Rydygier und Bardenheuer.

Operative Eingriffe an der vorderen Bauchwand zur Verkleinerung des Volumens der Bauchhöhle sind ausgeführt worden von Depage, Cumston, Klose und Heidenhain. Wiedehopf schlägt ein Verfahren vor, das in einer Dublierung der hinteren Rectuscheiden und dem Übereinanderlagern der Musculi recti besteht.

Es gibt wohl wenige Erkrankungen, bei denen die Auffassungen und Ansichten sowohl bezüglich der Ätiologie als auch der Therapie so verschieden sind wie bei der Enteroptose. Solange keine Klarheit über die Ätiologie besteht, kann eine kausale Therapie nicht betrieben werden. Bezüglich der Ätiologie scheint wohl die von Rovsing aufgestellten Theorie, die einerseits kongenitale Disposition, andererseits accidentelle Ursachen, bzw. eine Kombination beider als Ursache der Enteroptose verantwortlich macht, die annehmbarste zu sein. Bezüglich der Therapie muß von Fall zu Fall entschieden werden. Wenn das Tragen einer Leibbinde, eine systematisch durchgeführte Behandlung erfolglos bleiben, wenn eine beobachtende Krankenhausbehandlung eine organische Erkrankung ausgeschlossen hat, wenn die Beschwerden unverändert fortbestehen, die Abmagerung weiter fortschreitet, dann ist der operative Eingriff absolut indiziert. Wir wollen hoffen, wie Klose sagt, daß systematische Arbeit auf diesem Neuland auch diesen Kranken Linderung und Hilfe bringt.